

Cuestionario de Admisión del Paciente

Para asegurar que usted reciba una evaluación profunda y completa, por favor proporciónenos la información de los antecedentes importantes es esta forma. Si es que no entiende alguna pregunta, su terapeuta le ayudara. Gracias.

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Razón por la que esta asistiendo a terapia física? _____

¿Cuándo empezó su dolor? _____

¿Que **causo** su condición? No Se Trauma Auto Deportes Trabajo Otro _____

¿Ha tenido síntomas similares anteriormente? Si No ¿Si es que si, Como fue tratado? _____

¿Otro tratamiento que ha recibido para este condición? Ninguno Atención Medica Acupuntura Masaje
 Quiropráctico Otro _____

¿Le han hecho exámenes para diagnosticar esta condición? rayos-x MRI (resonancia magnética)
 CT scan Otro _____

Algún Procedimiento quirúrgico(s) relacionado con la condición actual? _____ Fecha Quirúrgica: _____

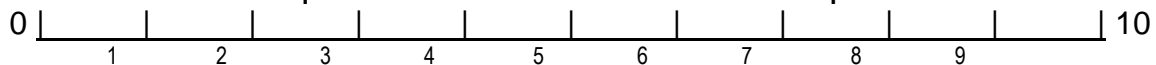
Estado Funcional Previo (antes de esta condición): **Independiente** (podía hacer todas las actividades del diario)

Asistida: Yo usaba un **Bastón** **Muletas** **Andadera y/o** He necesitado ayuda con: _____

Yo aprendo mejor al (marque todas las que aplican): Escuchar Leer Observar Una Demostración de tareas
 Hacer las tareas Otro _____

Cuanto diría que su promedio de dolor seria y/o síntomas, Del 0-10 con **"0"= no dolor Y "10" = dolor intenso**

→ Marque en la línea donde su dolor o síntomas se representen



¿Que % del día tiene el dolor?

0-25% 26-50% 51-75% 76-100%

Por favor de marcar las área(s) donde tiene los síntomas para este episodio

Describa su Dolor: (marque todas las que aplican) Constantemente

- Frecuente Intermedio Ocasional Punzadas
- Hormigueo Dolor sordo (molestia) Ardor Entumecimiento
- Dolor con movimiento Irradia a _____

Tiempo del día en que los síntomas están peores:

(Marque todas las que aplican)

- al caminar En la Mañana En la Tarde En la Noche Varia
- Igual todo el tiempo Otro _____

Los síntomas aumentan con: (marque todas las que aplican) Actividad

- Sentado/a Parado/a Caminar descansar Transiciones
- Inclinar Levantar Alcanzar Posición de culequillas.
- Estrés Otro _____

Los síntomas son mejores con: (marque todas las que aplican)

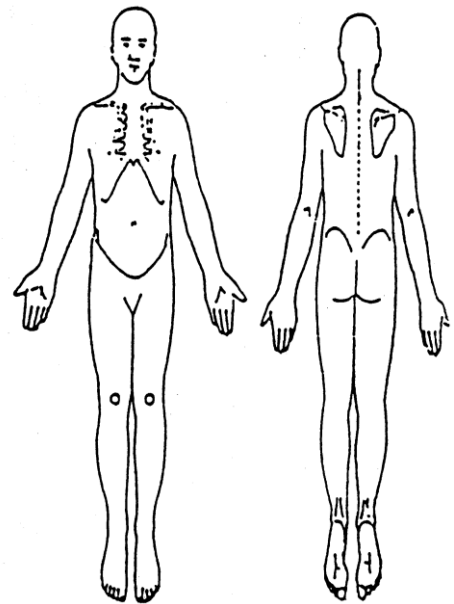
- Actividad Parado/ Sentado/ Caminar Descansar Hielo Medicamento
- Fomentos calientes Ningún alivio Otro _____

En general los síntomas son:

- Mejor La misma Peor

Ha tenido o tiene estos síntomas: (marque todas las que aplican)

- Balance/caídas Desmayos Caminar Nausea Debilidad Mareos o Desvanecimiento
- Torpeza/Perdida del control de los músculos Incontinencia O Disfunción de la vejiga Ninguno
- Otro _____



*****Por favor Vea al reverso*****

Cuestionario de Admisión del Paciente

Antecedentes Médicos

Por favor indique si Usted tiene o ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones?

Describir como sea necesario:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____
<input type="checkbox"/> Pulmones/Problemas al Respirar _____
<input type="checkbox"/> Trastornos Convulsivos _____
<input type="checkbox"/> Artritis _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones _____
<input type="checkbox"/> CVA/Accidente cerebro vascular _____
<input type="checkbox"/> Otras condiciones que debemos saber: _____ | <input type="checkbox"/> Presión Alta _____
<input type="checkbox"/> Problema del Tiroides _____
<input type="checkbox"/> Depresión _____
<input type="checkbox"/> Diabetes _____
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón _____
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple _____
<input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas _____ |
|--|--|

CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES:

Fecha	Tipo de cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LESIONES (Fracturas/dislocaciones/etc.):

Fecha	Tipo de lesión
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Tiene alguna Alergia? **Medicina** _____ **Comida** _____ **Otro** _____

¿Fuma cigarros o mastica tabaco? Si No ¿Toma alcohol? Si No

¿Toma **Café** o **bebidas con cafeína**? Si No

Actualmente está usando algún Medicamento? Si No *Si es que si – Por favor escríbalos abajo o Presente su lista.*

Historial de Trabajo: Ocupación: _____

- Demandas de su trabajo:** Levantar Trabajo Arriba Empujar Estirar Caminar Manejar Cargar
 Agarrar Posición de Culequillas Sentarse por mucho tiempo Estar parado/ mucho tiempo Teléfono
 Hablar por largo tiempo Computadora Viajar

Estado actual del trabajo: Servicio complete Servicio liviano Servicio modificado

Restricciones de trabajo son: _____

- Incapacidad temporal Incapacidad permanente Aplique para Incapacidad